Über die Ursache der Misserfolge nach Choledocho - duodenostomie

von

Dimitrios Ballas

aus Saloniki/Griechenland

1967

1967 № 58

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535718_0016

Aus der Chirurgischen Klinik des Stadtkrankenhauses Fürth
Vorstand: Prof. Dr. K. D e n e c k e

Über die Ursache der Misserfolge nach Choledocho-duodenostomie.

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

z u r

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexander-Universität

zu

E r l a n g e n

Vorgelegt
von
Dimitrios B a l l a s
aus
Saloniki/Griechenland

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. K.-G. Ober
Referent: Prof. Dr. K. Denecke
Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 4.3.1967

Seit dem letzten Kriege haben neben den Leberleiden auch die Erkrankungen der extrahepatischen Gallenwege, insbesondere die Gallenleiden in starkem Masse zugenommen. Diese Zunahme, die in allen Ländern der Erde gleichmässig zu sein scheint, ist insofern nicht verwunderlich, da enge anatomische und funktionelle Beziehungen zwischen Leber und Gallensystem bestehen, so dass eine Trennung der Erkrankungen dieser beiden Organsysteme heute nur noch bedingt vorgenommen werden kann. Die Zunahme der Gallenwegs-Erkrankungen wird auch dadurch dokumentiert, dass in der Literatur zum Ausdruck kommt, dass die Gallenwegserkrankungen heute nach der Appendicitis den häufigsten Anlass zur Laparotomie geben.
Daher ist man auch in der Lage, an einem sehr grossen Material die Auswirkungen, Begleit- und Folgekrankheiten des Gallensteinleidens zu studieren und die Ergebnisse der therapeutischen Bemühungen kritisch zu betrachten.

Es sind Fortschritte in Diagnostik und Therapie erreicht worden. Die allgemeinen Bedingungen der Eingriffe sind verbessert worden. So zum Beispiel durch Anwendung moderner Anaesthesieverfahren. Die Operationstechnik wurde bereichert,

ebenso die interoperative Diagnostik. Allein durch diese Fortschritte konnte schon eine wesentliche Verringerung der postoperativen Komplikationen und eine Senkung der Letalität erreicht werden. Daneben hat sich aber erwiesen, dass die Durchführung einer Frühoperation ein ganz wesentlicher Faktor zur Vermeidung dieser Komplikationen ist. Der Grund dafür, dass heute die Frühoperation immer mehr empfohlen wird ist die Erkenntnis, dass die Gallensteinleiden auch in Bezug auf eine Leberschädigung eine grosse Bedeutung haben. Zeitpunkt der Operation soll so liegen, dass nicht erst das Auftreten eines Verschlussikterus oder einer Cholangitis abgewartet wird, da bereits zu diesem Zeitpunkt in den meisten Fällen Leberschäden zu erwarten sind und der günstigste Zeitpunkt zur Cholecystektomie in diesem Stadium schon weit überschritten ist. Bis aber ein Patient mit Gallensteinen unter das Messer des Chirurgen kommt, bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Internisten und praktischem Arzt, einer Zusammenarbeit, die in Anbetracht der ohne Operation sicher folgenden und schliesslich irreversiblen Verschlechterung des Zustands, aber unbedingt notwendig erscheint. Je früher man sich zum Eingriff ent-

schliesst, desto schneller und vollständiger werden die bereits vorhandenen Schäden ausheilen können und desto geringer werden auch die postoperativen Beschwerden sein. Während aber die Frühoperation als wesentlicher Faktor zur Vermeidung von spätbeschwerden allgemein anerkannt ist, bestehen auch heute immer noch Unstimmigkeiten über die Art der Operation die bei Erkrankungen der Gallenwege angezeigt ist. Die Cholecystektomie als Standardoperation ist unumstritten, aber seid RIEDEL 1888 die Choledocho-duodenostomie erstmals als Palliativoperation durchgeführt hat und dann 1912 S. SSE diese Operation als Standardeingriff propagiert hat, sind die Diskussionen über die Vor-und Nachteile dieser Operationsmethode nicht mehr verstummt. Ihr grosser Vorteil besteht in der technisch relativ einfachen Durchführbarkeit, wobei sich der meist weitgestellte Ductus Choledochus noch als günstiger Faktor erweist. Die Mortalität nach diesem Eingriff ist gering, die Rekonvaleszenzzeit infolge Vermeidung eines Verlustes von Gallenflüssigkeit kurz. Die Nachteile dieser Operation begeben sich besonders in postoperativen Beschwerden die früh oder spät auftreten können. Diese Beschwerden werden von einigen Autoren auf die Ausbildung eines

retroduodenalen Blindsacks zurückgeführt. Andere machen dafür eine Cholangitis,die durch ständigen Reflux von Speise in die Gallenwege verursacht werden soll,verantwortlich.

Daher gibt es auch heute noch Chirurgen, die die Choledocho-duodenostomie nur als Noteingriff auszuführen gewillt sind. Daran mag vielleicht der gewisse Widerstand von Seiten internistischer Kreise schuld sein, die dieses ihrer Ansicht nach unphysiologische Vorgehen ablehnen. Von ihnen wird die Ansicht geäussert, dass mit der Ausführung der Choledocho-duodenostomie und mit der Ausschaltung des Sphinkter-Oddi einer ascendierenden Infektion und damit einer Cholangitis Tür und Tor geöffnet wäre. Seit HOSEMANN (1923) ist es nämlich bekannt, dass es im Anschluss an Choledocho-duodenostomie zu einem Reflux von Duodenal-Saft bis in die kleinen Gallengänge kommen kann. Ebenso kann es keinem Zweifel unterliegen, dass - wie Röntgenbilder nach Kontrastmahlzeit zeigen - auch Speiseteile in die Lebergänge geraten.

Als zweiter Grund für die Ablehnung der Choledocho-duodenostomie wird nach der oben beschriebenen ascendierenden Infektion der retroduodenale Blindsack angeführt, das heisst der unterhalb der Anastomose gelegene Choledochusabschnitt, der ausgeschaltet wird aber durch die Anastomose mit dem Duodenum in breiter Verbindung bleibt. Dieser Blindsack, Sitz einer dauernden Infektion, führt nicht nur

zu entzündlichen Cholangitisschüben, sondern begünstigt auch die Bildung neuer Konkremente.
Zur Vermeidung dieser Blindsackbildung hat KOCHER die transduodenale Anastomose empfohlen während JURASZ versuchte den Retroduodenalabschnitt des Choledochus möglichst kurz zu gestalten.
In der Literatur fällt allerdings auf, dass das sogenannte Blindsacksyndrom nur sehr selten vorkommt. HESS hat bei 126 Choledocho-duodenostomien diese Komplikation nur ein einziges Mal beobachtet. Daher möchten wir hier nicht gelten lassen, dass die Ausschaltung des retroduodenalen Choledochus zu einer Ansammlung von Speiseresten und Schlamm führen muss, da wir bei unseren röntgenologischen Untersuchungen festgestellt haben, dass der Blindsack - bei genügend grosser Anastomose - regelmässig nach 20 bis 30 Minuten völlig entleert ist.

Die eigentlichen Ursachen der bei einem kleinen Teil der operierten Patienten verbleibenden Restbeschwerden sind also auch heute noch nicht restlos geklärt, obwohl die Choledocho-duodenostomie nun schon seit über 78 Jahren durchgeführt wird. Wir werden uns bei dieser Arbeit mit der Ursache dieser Beschwerden nach Choledocho-duodenostomie befassen, indem wir versuchen sie durch Nachuntersuchungen zu erklären.

Dieser Versuch ist schon in verschiedenen Arbeiten gemacht worden. So haben FLICKER, KOLLARTENI und Mitarbeiter und REICKLER ~~haben~~ bei ihren Nachuntersuchungen den Reflux beobachtet. Trotzdem waren die Patienten bis auf einige Fälle beschwerdefrei. Beschwerden wurden nur bei den Patienten beobachtet, bei denen es zu einer Abflussbehinderung des Duodenal-Saftes durch die Anastomose kam. Die Autoren sind nun der Ansicht, dass ein Rückstau nach jeder Cholodocho-duodenostomie eintritt, Beschwerden aber nur dann zu erwarten sind, wenn eine zusätzliche Stenose, die durch entzündliche Prozesse, Neoplasmen oder durch Knickung des Choledochus bedingt sein kann die Anastomose einengt. Daher empfehlen diese Autoren prophylaktisch eine breite Anastomose zwischen Duodenum und Choledochus anzulegen, was durch Freipräparieren des retroduodenalen Choledochusabschnittes und Anastomosierung mit dem Duodenum in diesem Bereich erreicht werden soll. Diese Operationsmethode ist jedoch nicht die einzige die zur Vermeidung von Restbeschwerden nach Choledocho-duodenostomie angegeben wurde.

So haben zum Beispiel WALDONI und Mitarbeiter eine isoperistaltische Anastomose empfohlen;

LATENEUR haben gleichzeitig eine Gastro-enterostomie angelegt, während NEVALLT eine gleichzeitige Magenresektion empfahl.

Aufgrund dieser zahlreichen Beobachtungen,aber auch aufgrund allgemein chirurgischer Überlegung scheint es also heute geklärt, dass der Reflux allein keine Cholangitis hervorruft, vorausgesetzt, dass ein guter, unbehinderter Abfluss besteht. Die Erkenntnis, dass bei Patienten, die nach Choledocho-duodenostomie Beschwerden bekamen immer eine Verengung der Anastomose vorliegt, wird in der Literatur unter anderem auch durch FERRIKA,BLASCHE, FEHR, HILPOLSTEINER und MASCUSO bestätigt.

FRANKE allerdings berichtet über eine Cholangitis nach Jahre zurückliegender Anastomosierung, bei der noch nach 24 Stunden eine Kontrastfüllung des ausgeschalteten Choledochusabschnitts vorhanden war, obwohl in diesem Fall die Anastomose breit durchgängig war.

Andere Autoren (LAMPE, STILLER) führen an, dass die Beschwerden nach Choledocho-duodenostomie nicht so sehr durch den Rückstau im Choledochus bedingt seien, als vielmehr durch bei der Operation nicht erfasste Steine, die im ausgeschalteten Teil des Choledochus liegen geblieben sind. Bei unseren Nachuntersuchungen

haben wir allerdings niemals Steine in dem Choledochosblindsack feststellen können. Ausserdem dürfte es bei den heutigen Operationsmethoden mit intraoperativer Cholangiographie wohl auszuschliessen sein, dass ein Stein übersehen wird. Nicht zu leugnen ist allerdings die Tatsache, dass es bei ungenügend weiter Anastomose zu Steinrezidiven kommen kann, wie FRANKE und HOFFMANN sie bei ihren Untersuchungen über die Ursachen der Beschwerden nach Choledocho-duodenostomie gefunden haben.

HESS bemerkt noch, dass Beschwerden nac . Choledocho-duodenostomie nicht nur dann auftreten, wenn die Anastomose primär zu eng angelegt wurde, sondern, dass es auch zu einer sekundären Schrumpfung kommen kann.

Eine Sondergruppe unter den Patienten die nach Choledocho-duodenostomie nicht beschwerdefrei wurden, bilden diejenigen bei denen die Operation wegen einer Papillen-Stenose durchgeführt wurde. Hier kann die Ursache der Beschwerden nämlich nicht nur in den Gallenwegen zu suchen sein, sondern es ist auch daran zu denken, dass es bei einer papillen-Stenose zu einem Rückstau im Pankreassystem kommen kann. Durch die Anastomose wird zwar ein Abfluss für

den Gallensaft geschaffen, nicht aber die Stauung im Pankreas beseitigt. Diese Ursache muss also vor allem bei solchen Fällen in Erwägung gezogen werden, bei denen Beschwerden trotz genügend weiter Anastomose auftreten. Mit Recht wird daher seit den letzten 2 bis 3 Jahren bei Papillenstenose nicht mehr die Choledocho-duodenostomie, sondern die transduodenale Papillotomie empfohlen. Darüber zu berichten würde aber den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Die noch vor wenigen Jahren allgemein empfohlene Choledochoduodenostomie (FRANKE, REICHLE u.a.) ist eine der drei Möglichkeiten, die bei einer Choledochotomie in Frage kommen. Wird die Choledocho-duodenostomie technisch einwandfrei angelegt und ist sie vor allem breit genug, bietet das den Vorteil einer sicheren Gallenableitung.

Dieser Vorteil wird aber durch zwei Nachteile erkauft:

1.: Die Verhältnisse am distalen Choledochus und an der Papille bleiben bei der Choledocho-duodenostomie unbehandelt und oft auch ungeklärt. (z.B. beginnenden Papillen-Ca).

2. Für den Rest des Lebens des Patienten kommt es zu einem freien Übertritt von sauerem Speisebrei in die Gallenwege (KERN und HUWE).

Zunächst befassen wir uns mit der Indikation für die Choledochoduodenostomie und der Technik. Später soll auf den uns interessierenden vorgenannten 2. Nachteil eingegangen werden.

Indikationen der Choledochoduodenostomie nach HESS, DEMEL, STICH, BAUER und RATHKE:

1. Stenosierende Papillitis (primär und sekundär)
2. bei einem nicht entfernbaren intrahepatischen Stein (In diesem Fall ist durch die Choledochoduodenostomie die einzige Möglichkeit gegeben, dass der Stein später in den Darm abgehen kann).
3. bei einer röhrenförmigen Stenose des retropankreatischen Choledochus infolge chronischer Pankreatitis.
4. Papillen - Carzinom und Pankreaskopf - Carzinom
5. bei nicht entfernbaren Papillenstein
6, bei Choledochusdurchtrennung im Verlauf einer Magenresektion.

BERNHARD beizeichnet die Choledochoduodenostomie als Versorgung der Incisionsstelle bei Choledochotomie.

MÜLLEDER dagegen versteht die Choledochoduodenostomie nur als Notoperation.

STEINER sagt, dass man bei der Indikation der Choledochoduodenostomie sehr sorgfältig vorgehen muss.

Für FLÖRKEN, FINSTERER und ZENKER kommt bei Steinnachweis in den Gallengängen nur die Choledochoduodenostomie in Frage.

BECKER, PLENK-ARTL und BORDASCH haben die Choledochoduodenostomie auch bei Cholangitis empfohlen.

Die Technik der Choledochoduodenostomie nach BERNHARD, BECKER und HESS:
Die Anastomosebildung wird mit einer Längsöffnung des Choledochus und des Duodenums erreicht.

In unserer Klinik wird folgende Technik durchgeführt: Wir präparieren den retroduodenalen Choledochus und anastomosieren mit der Hinterwand des Duodenums. Zwischen zwei Haltefäden wird der Choledochus längs eröffnet. Der Schnitt ist mindestens 15mm, besser 20 mm lang, auszuführen.

Bei der jetzt folgenden Eröffnung des Duodenums in Querrichtung ist die Dehnung und der Tonusverlust zu berücksichtigen. Es soll, da die Öffnung im Duodenum aus vorgenannten Gründen leicht zu gross wird, der Schnitt kürzer als im Choledochus sein. Vor dem Anlegen der inneren hinteren und vorderen Naht mit Catgut 000 muss die Duodenalwand vollkommen bluttrocken sein.

Durch eine äussere Seidenknopfnahtreihe mit einer feinen Nadel wird die Anastomose beendet. Es ist dabei die gute Peritonialisierung und eine wasserdichte Naht sehr wichtig.

Auf die Unterbindung der Äste der am Rande des Duodenums quer über den Choledochus verlaufenden Arteria supraduodenalis aus der Arteria gastroduodenalis ist bei der Anastomose besonders zu achten.

Nach unseren Erfahrungen besteht die vielfach anzutreffende Angst vor einer postoperativen Gallen- und Duodenalfistel nach aussen zu Unrecht. Wir haben in unserer Klinik diese Komplikation nicht gesehen.

In den Jahren 1956 bis 1964 wurden in der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Fürth 604 Patienten mit Gallenwegserkrankungen behandelt.
Es handelte sich um 513 Frauen und 91 Männer.

Zur Anwendung kamen folgende Verfahren:

1.) Cholecystektomie in herkömmlicher Weise.(485)
2.) Cholecystektomie mit anschliessender Choledochotomie (Anlegung einer T Drainage). (58)
3.) Cholecystektomie mit anschliessender Choledocho-duodenostomie. (119)

In der Anamnese, die sich bei Männer über 1/2 - 2 Jahre und bei Frauen bis zu 3 Jahren erstreckte, fanden sich rezidivierende Koliken, wiederholt aufgetretene Entzündungen von Gallenblase und Gallenwegen.
Dabei zeigten sich folgende Symptome:
Gallenkolik in 95 Fällen;
Ikterus in 44 Fällen;
Ikterus mit Pankreatitis in 20 Fällen;
Pankreatitis in 6 Fällen;
Unklare anhaltende Oberbauchbeschwerden in 15 Fällen.
Ein Teil der Patienten stand bis zu 2 Jahren in ärztlicher Behandlung - darunter auch teilweise

mehrmalige stationäre Krankenhausaufenthalte. Bei Einweisung lag das Alter der Frauen zwischen 25 - 70 Jahren und der Männer zwischen 33 und 65 Jahren.

Ein grosser Teil dieser unserer Patienten wurde uns von der inneren Abteilung unseres Hauses nach Klärung der Diagnose zur Operation überwiesen.

Intraoperative Diagnostik:
Von den bekannten Möglichkeiten der intraoperativen Diagnostik (Cholangiographie, Radiomanometrie, Choledochoskopie) wurde das Hauptgewicht auf die Cholangiographie und zwar in Kombination von Durchleuchtung und Aufnahme mit Hilfe des Bildwandlers gelegt.

Intraoperative Befunde:
Es zeigte sich hier in 52 Fällen ein Choledochusstein bei durchwegs erweitertem Choledochus. In 12 Fällen fanden wir eine sekundäre Papillenstenose, in 6 Fällen Papillensteine und in 3 weiteren Fällen eine stenosierendes Papillen-Carcinom. In 20 Fällen bestand eine deutliche Erweiterung des Choledochus, sodass eine Papillenstenose angenommen werden musste. In einem Fall

war der Choledochus nicht erweitert und in einem weiteren Fall erweitert wegen Kompression durch Lymphknotenschwellung mit Begleitikterus.

Postoperativer Verlauf und Behandlung:
Von den 119 durchgeführten Choledocho-duodenostomien zeigten 118 eine primäre Wundheilung. Ein Patient erlag postoperativ einer Lungenembolie. In keinem Fall erlebten wir eine Nahtinsuffizienz mit Fistelbildung.
Zur Thromposeprophylaxe gaben wir ab Operationstag 1 Ampulle und am 2.u.3. postoperativen Tag 2mal eine Ampulle. (Panthesin-Hydergin)
Am 4.Tag wurde die Prothrombinzeit bestimmt und danach unter laufender Kontrolle Sintrom gegeben.
Der postoperative stationäre Aufenthalt betrug im Durchschnitt 17 Tage.

Spätergebnisse:
Zur Beurteilung der Spätergebnisse verschickten wir Fragebogen an 118 ehemalige Patienten. In 97 Fällen bekamen wir eine Antwort.
Danach unterteilten wir in 4 Gruppen:

1. mit Operationsergebnis sehr zufrieden, vollkommen beschwerdefrei.
2. Ergebniss sehr gut, aber zeitweise Blähungen.

3. Ergebniss gut, manchmal kolikartige Schmerzen nach den Mahlzeiten.
4. Mässiges Ergebnis, manchmal kolikartige Schmerzen und Schüttelfrost nach den Mahlzeiten.

Es ist zu bemerken, dass alle diese Angaben persönlicher Art waren und keinesfalls ärztlich bestätigt wurden. So schwankten z.B. auch die Angaben über Art und Lokalisation der Beschwerden erheblich.

Wir fassten folgendermasse zusammen:

Gruppe 1: 55 Fälle = 55.5%
Gruppe 2: 13 Fälle = 13.3%
Gruppe 3: 19 Fälle = 19.4%
Gruppe 4: 10 Fälle = 9.7%

Die 10 Patienten der Gruppe 4 (Fall 6 wurde nicht in unserer Klinik operiert) haben wir zur Klärung der Beschwerdeursachen stationär aufgenommen und untersucht. Auch ein Teil beschwerdefreier Patienten wurde von uns nachuntersucht. Neben der Prüfung des Serums und des Bilirubinspiegels wurde der Bromthalein-Test, die Elektrophorese und die Bestimmung der alkalischen Phosphatase durchgeführt. Auf Grund dieser Untersuchungen waren nur geringste pathologische Abweichung feststellbar. Jedoch waren Symptome wie Fieber,Schüttelfroat,kolikartige Schmerzen und Subikterus vorhanden, die auf eine Stenose der Anastomose hindeuteten.

Bei den nachfolgenden unter "eigene Fälle" angeführten 10 Fällen der Gruppe 4 lassen sich aufgrund der Nachuntersuchungen folgende Beschwerdeursachen unterscheiden:

1. Enge Anastomose
   (Fall 1,2,4,5,7,8,9,10)

2. Enge Anastomose durch Verziehen des
   Duodenums (Fall 6)

3. Neugebildete Steine (Fall 3)

Eigene Fälle

Fall I: Frau Schiffler

45-jährige Frau mit 2-jähriger Kolikanamnese; kein Ikterus, keine Pankreatitis. Die präoperative Cholangio-cholecystographie ergab einen Gallenblasenstein und Erweiterung des Choledochus. 1963 wurde die Patientin von der inneren Abteilung unseres Hauses zu uns zur Operation verlegt. Bei der Operation wurde eine Cholelithiasis und Cholecystitis gefunden. Die Gallenblase wurde entfernt- bei der interoperativen Cholangiographie durch den Cysticusstumpf fand sich ein Stein oberhalb der Papille, der anschliessend durch Choledochotomie entfernt wurde. Danach wurde eine Choledocho-duodenostomie angelegt.

Postoperative Beschwerden

Sechs Monate nach der Operation traten im rechten Oberbauch kolikartige Schmerzen mit Schüttelfrost und Fieber auf. Speisen werden alle gut vertragen. Die Patientin wurde vom Hausarzt mit Antibiotika behandelt.

Nachuntersuchung (Juli 1966):
Symptome: wie oben beschrieben.
Laboruntersuchung: nur gering pathologisch verändert.
Rö.: (Abb. A_1-A_3) enge Anastomose mit Füllung intrahepatischer Gallengänge. Nach 8 Stunden findet sich noch KM in den intrahepatischen Gallengängen und im ausgeschalteten Choledochus-Abschnitt.
Operation angeraten, aber abgelehnt.

Abb. A_1

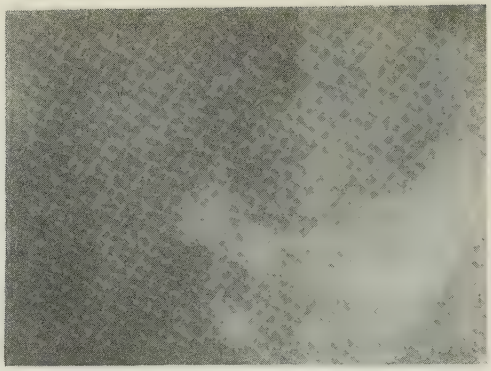


Abb. A_2

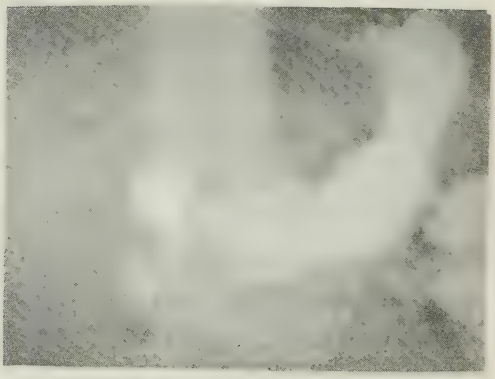
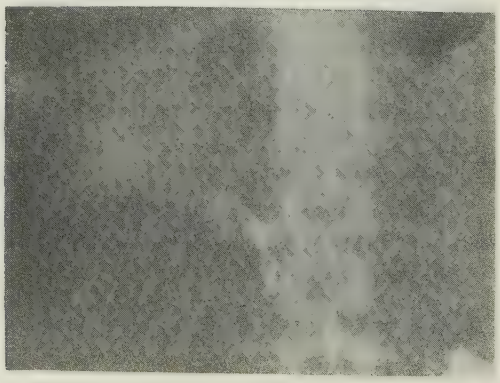


Abb. A_3



Fall II:Taubmann

58-jährige Frau. Seit 2 Jahren kolikartige Schmerzen mit Übelkeit. Kein Ikterus. Drei Monate vor der Operation Gelbsucht, dann Verlegung zur Operation. Die Operation zeigt eine verschwielte Gallenblase, die in typischer Weise entfernt wird. Die interoperative Cholangiographie ergibt Konkremente im Choledochus, die entfernt werden. Danach wird eine Choledocho-duodenostomie angelegt.

Postoperativer Verlauf

6 Monate nach der Operation wieder kolikartige Schmerzen mit Fieber und Schüttelfrost. Die Beschwerden bestehen noch.

Nachuntersuchung (August 1966):
Symptome: wie oben beschrieben.
Laboruntersuchung: gering pathologisch verändert.
Rö.: (Abb.: B_1-B_3) enge Anastomose mit Füllung des granialen und blinden Endes des Choledochus und zahlreicher intrahepatischer Gallengänge, die auch nach 8 Stunden unverändert nachweisbar ist.

Abb.B_1

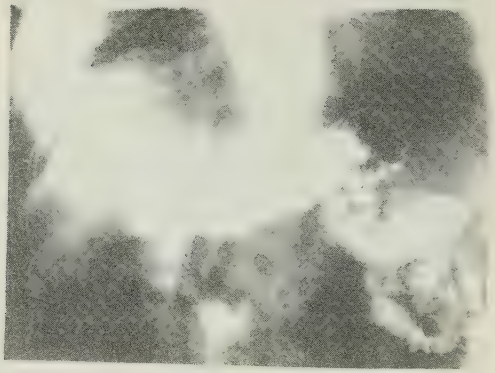


Abb.B_2

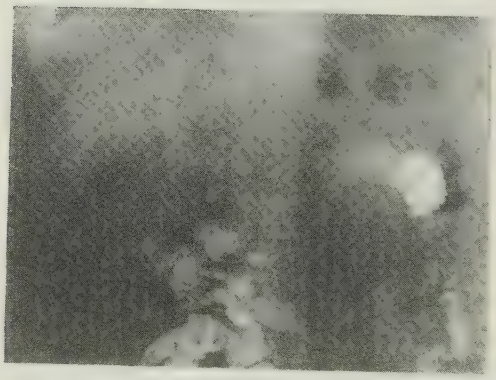


Abb.B_3

Fall III: Augustin.

61-jähriger Mann mit 3-jähriger Anamnese mit kolikartigen Schmerzen im rechten Oberbauch. Kein Fieber. Kein Ikterus. Keine Pankreatitis. 1961 Einweisung zu uns zur Operation. Bei der Operation findet sich eine Schrumpfgallenblase mit Steinen, die entfernt wurde. Der Choledochus ist erweitert; palpatorisch kein Stein feststellbar. Bei der intraoperativen Cholangiographie ergab sich jedoch ein Choledochus-Stein, der entfernt wurde. Anschliessend eine Choledocho-duodenostomie.

Postoperative Beschwerden

Der Patient spürte einen Druck im rechten Oberbauch. Kein Fieber. Kein Schüttelfrost. Er wurde beim Hausarzt behandelt. Später bekam er einen Ikterus mit einem Bilirubingehalt von 1,2 mg% und wurde wieder zu uns eingewiesen.

Nachuntersuchung (Juli 1966):
Symptome: wie oben beschrieben, mit zunehmendem Ikterus.
Laboruntersuchung: geringfügig pathologisch
Rö.: (Abb. $C_1 - C_2$) fehlende Darstellung der Anastomose. Wiederholung nach 3 Monaten, gleiche Verhältnisse.
Reoperation (1966): Choledochus-Wand verdickt und Choledochus erweitert. Choledochotomie. Aus Anastomosengegend Entfernen eines kirschgrossen Steines. Aus Proximal-Choledochus-Anteil Entfernen zweier ebenfalls grosser Steine. Transduodenal Papillotomie-T-Drainage. Die Anastomose war breit genug.

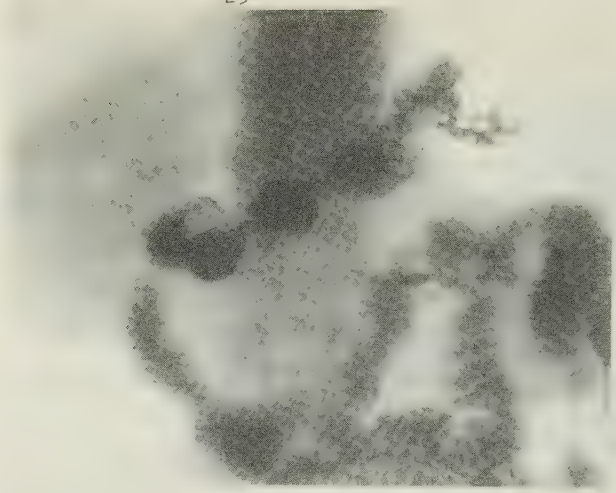


Abb.: C_1

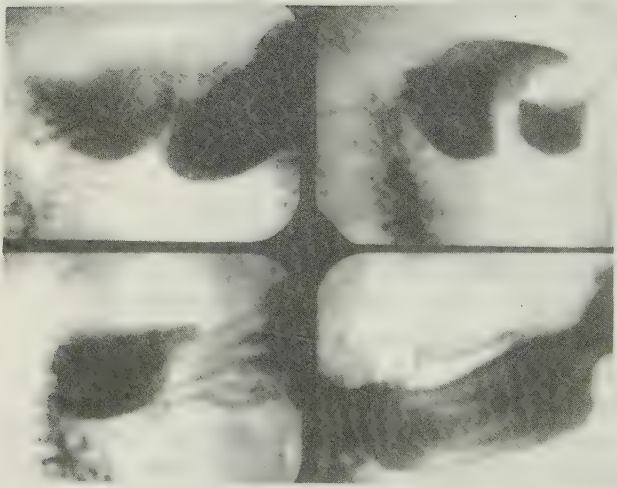


Abb.: C_2

Fall 4: Baumann

41-jährige Frau. 2-jährige Anamnese mit kolikartigen Schmerzen und Fieber. Die Patientin wurde draussen behandelt. Vor einem Jahr erneut kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch mit Fieber und Ikterus. Darauf Einweisung zu uns. Fünf Tage nach der Aufnahme ablassen des Ikterus. Die Cholangiographie mit Biligrafin ergab einen Gallenblasenstein; der Choledochus stellte sich nicht dar. Dann Operation, wobei eine Cholelithiasis der Gallenblase festgestellt wurde und eine Cholecystektomie durchgeführt wurde. Der Choledochus war erweitert und palpatorisch mit einigen Konkrementen gefühlt. Die intraoperative Cholangiographie zeigte mehrere Choledochussteine, die entfernt wurden. Im Choledochus fand sich ausserdem reichlich Schlamm, weshalb eine Choledocho-duodenostomie angelegt wurde.

Postoperative Beschwerden

Kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch mit Schüttelfrost ohne Fieber, gleich nach der Operation. Unverträglichkeit einiger Speisen. Wegen dieser Beschwerden zweimalige Behandlung mit Cibalgin und Cholipin. (Keine stationäre Behandlung).

Nachuntersuchung (August 1966):
Symptome: Schüttelfrost, kolikartige Schmerzen, Fieber und Ikterus.
Laboruntersuchung: nur leichte Abweichung von Normalwerden.
Rö.: (Abb. D_1-D_2) Luftfüllung des granialen Choledochus-Abschnittes sowie einiger intrahepatischer Gallengänge. Teil des KM im ausgeschalteten Choledochus-Abschnitt. Nach 8 Stunden noch Luftfüllung des Choledœ hus-Abschnittes und einiger intrahepatischer Gallengänge erkennbar.

Abb.D_1

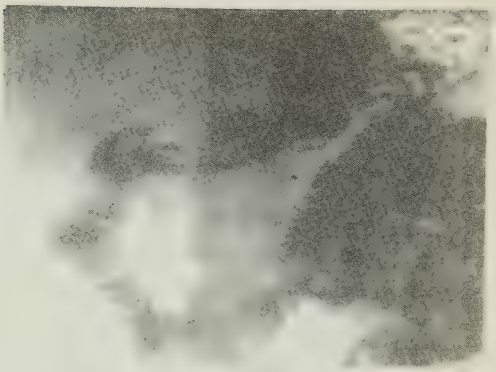


Abb.D_2

Abb.D_3

Fall 5 Engelmann

40-jährige Frau. Seit 15 Jahren immer kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch. Kein Fieber. Kein Ikterus. 1958 Einweisung der Patientin zur Operation. Die präoperative Colangiographie zeigt einen Gallenblasenstein und erweiterten Choledochus. Bei der Operation stellt sich eine Schrumpfgallenblase mit Steinen dar, die in typischer Weise entfernt wird. Der Choledochus ist erweitert und palpatorisch mit Konkrementen gefüllt. Die intraoperative Cholangiographie zeigt einen Stein im Choledochus, der entfernt wird. Trotzdem ist die Papille mit der dicksten Sonde nicht durchgängig, weshalb eine Choledocho-duodenostomie angelegt wurde.

Postoperative Beschwerden

Kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch. Kein Fieber. Kein Schüttelfrost. Unverträglichkeit von Fett. Die Patientin nimmt gelegentlich Cholagoga.

Nachuntersuchung: (August 1966) Symptome: kolikartige Schmerzen und Unverträglichkeit von Fett.
Laboruntersuchung: wie bei den vorausgegangenen Fällen.
Rö.: (Abb.: E_1 - E_3) enge Anastomose. KM-Rest nach 8 Stunden noch in intrahepatischen Gallengängen und im ausgeschalteten Choledochus-Abschnitt.

Abb.E_1

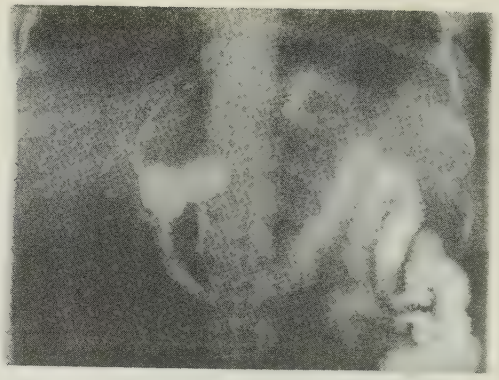


Abb.E_2

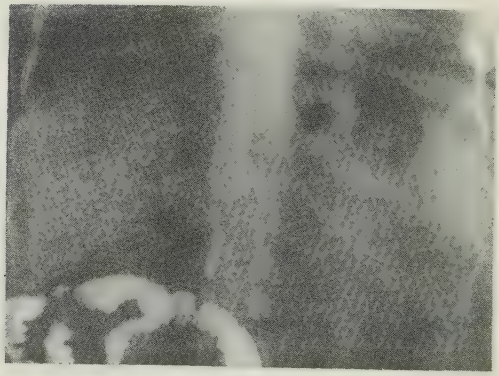
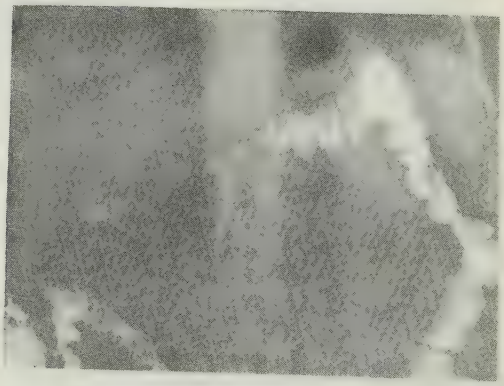


Abb.E_3



Fall 6: Schielmann

65-jähriger Mann. 1958 kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch. 1960 wegen dieser Beschwerden stationärer Aufenthalt in einer medizinischen Klinik. Damals wurde nichts festgestellt. 1961 erneut kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch. Wiederum Einweisung in eine medizinischen Klinik, dieses Mal wurden Gallensteine festgestellt. Am 18.10.1961 Cholecystektomie und Choledocho-duodenostomie (nicht im Stadtkrankenhaus Fürth).

Postoperative Beschwerden

Drei Monate nach der Entlassung wieder Übelkeitsgefühl und heftige Oberbauchkoliken rechts. Kein Fieber, Kein Schüttelfrost. 1963 wurde der Patient geröngt, wobei sich kein Anhalt für Ulcus-ventriculi oder Ulcus-duodeni ergab. Die Möglichkeit, dass die Beschwerden von der Choledocho-duodenostomie herrühren könnten, wurden damals nicht in Betracht gezogen. Der Patient hatte weiterhin kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch und musste immer Diät halten. Eine vorgeschlagene Narbenbruchoperation wurde von den Patienten abgelehnt. 1965 Einlieferung des Patienten zu uns zur Untersuchung.

Nachuntersuchung (August 1966):
Symptome: wie oben beschrieben.
Laboruntersuchung: gering pathologisch verändert.
Rö.: (Abb.F_1, F_2) enge Anastomose mit Füllung eines breiten granialen Choledochus-Abschnittes und mit Füllung der intrahepatischen Gallengänge. Breite Darstellung des blinden Choledochus-Endes. Drei Stunden später KM aus intrahepatischen Gallengängen teilweise abgeflossen.
Reoperation (1966): enge Anastomose durch Verziehen des Duodenums bei der 1. Operation.

Abb.F_1

Abb.F_2

Fall 7: Stolp

70-jährige Frau mit einjähriger Kolikanamnese im rechten Oberbauch. Sechs Monate vor der Operation (1961) wieder kolikartige Schmerzen und Ikterus. Sie wird vom Hausarzt zur Operation eingewiesen. Die präoperative Cholangiographie zeigt ein negatives Cholecystogramm mit erweiterten Cholédochus. Bei der Operation findet sich eine SChrumpfgallenblase mit Steinen, die entfernt wird. Der Choledochus ist erweitert;in ihm ist ein kirschgrosser Stein zu tasten. Der Stein wird entfernt und eine Choledochoduodenostomie angelegt.

Postoperative Beschwerden

Kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch. Kein Fieber. Kein Schüttelfrost. Die Patientin hat sich wegen dieser Beschwerden nicht in Behandlung begeben.

Nachuntersuchung (Juli 1966):
Symptome: kolikartige Schmerzen und Ikterus.
Laboruntersuchung: unauffällig.
Rö.: (Abb.G_1, G_2) enge Anastomose mit Füllung des granialen und blinden Choledochus-Abschnittes sowie mehrerer intrahepatischer Gallengänge. Nach 3 Stunden Restfüllung in einigen intrahepatischen Gallengängen und im blind endenden Choledochus-Stumpf.

Abb. G_1

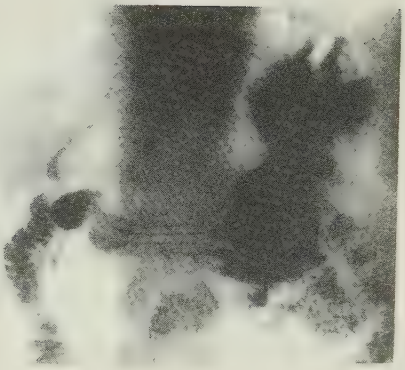
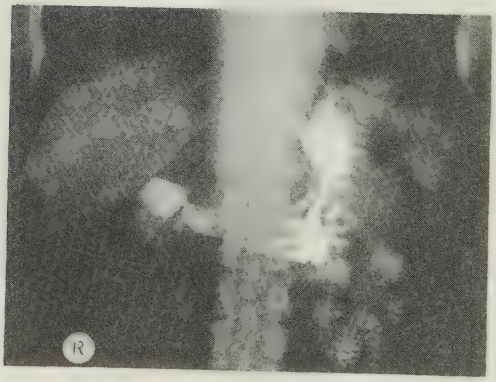


Abb.G_2



Fall 8: Kaminski

55-jährige Patientin. Seit 3 Jahren kolikartige Schmerzen und Übelkeit. Deshalb lag die Patientin zweimal auf der Inneren Abteilung mit Ikterus. 1959 Verlegung von der medizinischen Abteilung zur Operation. Präoperative Cholangiographie zeigt ein negatives Cholecystogramm und erweiterten Ductus choledochus. Bei der Operation findet sich eine Schrumpfgallenblase mit vielen Steinen, die in typischer Weise abgetragen wird. Die intraoperative Cholangiographie ergibt einen Choledochusstein. Der Stein wird entfernt und anschliessend eine Choledocho-duodenostomie angelegt.

Postoperative Beschwerden

Ein Jahr nach der Operation treten kolikartige Schmerzen, Fieber und Schüttelfrost auf. Die Patientin ist beim Hausarzt in Behandlung.

Nachuntersuchung (September 1966):
Symptome: kolikartige Schmerzen, Fieber und Schüttelfrost.
Laboruntersuchung: nicht gross verändert.
Rö.:(Abb. H_1-H_3) enge Anastomose mit KM-Füllung des granialen Choledochaus-Abschnittes und einiger intrahepatischer Gallengänge. Nach 8 Stunden Restbeschlag in Choledochus und einigen intranepatischen Gallengängen.

Abb.H_1

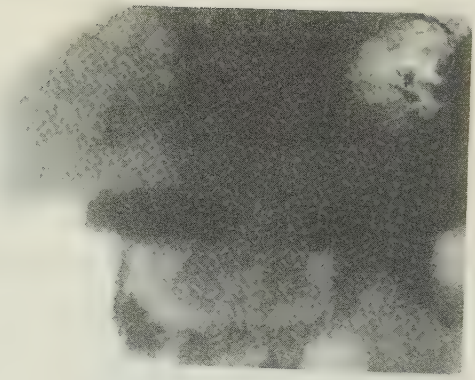


Abb.H_2

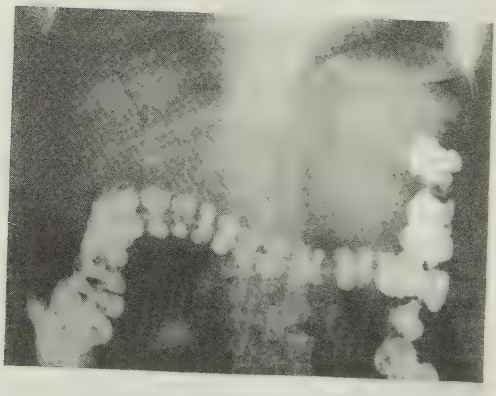
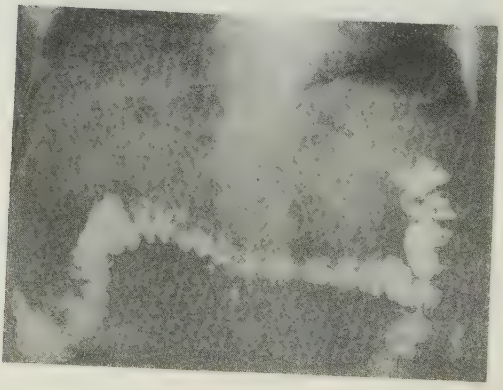


Abb.H_3



Fall 9: Diescherl

52-jährige Patientin. Gallenanamnese seit 1942. 1946 Cholecystitis und Pankreatitis. 1959 wieder Gallenkoliken und Ikterus. Sie wird von der inneren Abteilung zur Operation verlegt. Die präoperative Cholangiographie zeigt ein negatives Cholecystogramm mit erweitertem Ductus choledochus. Kein Anhalt für Konkremente. Bei der Operation findet sich eine geschrumpfte Gallenblase mit kleinen Steinen. Der Ductus Choledochus ist hochgradig erweitert, es wird eine Choledochotomie durchgeführt, wobei sich zeigt, dass die Papille nur mit ganz dünner Sonde durchgängig ist. Daher wird die Operation mit der Anlegung einer Choledocho-duodenostomie beendet.

Postoperative Beschwerden

Sechs Monate nach der Operation treten kolikartige Schmerzen, Fieber und Schüttelfrost auf. Wegen dieser Beschwerden ist die Patientin beim Hausarzt in Behandlung.

Nachuntersuchung: (Juli 1966) Symptome: Fieber, Schüttelfrost, kolikartige Schmerzen und Subikterus. Laboruntersuchung: nicht gross verändert. Rö.: (Abb.: I_1-I_3) enge Anastomose mit Füllung eines breiten, granialen Choledochus-Abschnittes und zahlreicher intrahepatischer Gallengänge. Nach 3 Stunden zarter Beschlag des granialen Choledochus-Abschnittes und des blinden Choledochus-Stumpfes. Nach 8 Stunden Restfüllung einiger intrahepatischer Gallengänge.

Abb. J_1

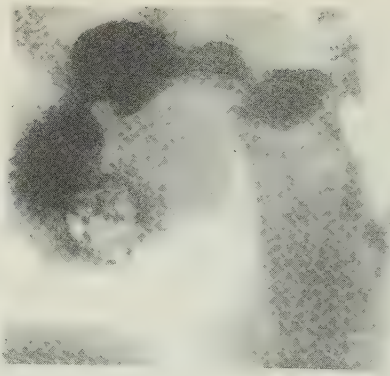


Abb. J_2

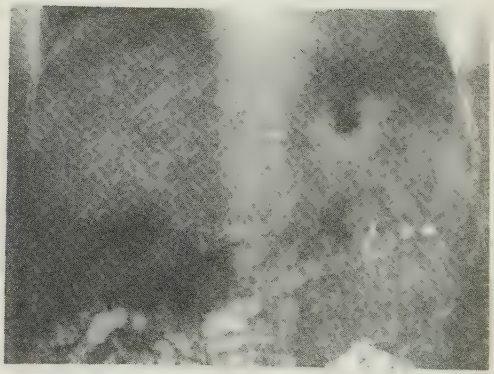
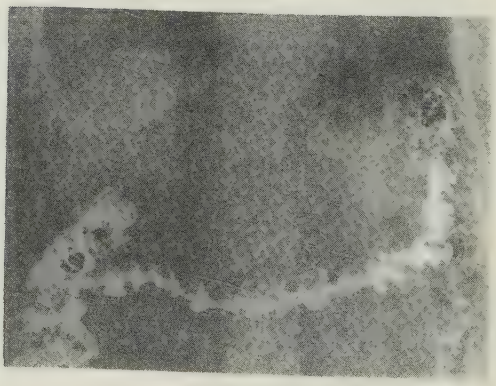


Abb. J_3



Fall 10 Messen

67-jährige Patientin mit 3-jähriger Kolikanamnese. Die Patientin war einmal auf der inneren Abteilung wegen Cholecystitis und einmal wegen Ikterus. 1959 Verlegung der Patientin auf die chirurgische Abteilung zur Operation. Die präoperative Cholangiographie ergibt einen Gallenblasenstein und einen Choledochusstein. Bei der Operation findet sich eine Gallenblase mit mehreren Steinen und entzündlichen Wandveränderungen, die abgetragen wird. Der Ductus Choledochus ist erweitert. Es wird eine Choledochotomie durchgeführt und die Steine entfernt. Anschliessend Anlegung einer Choledocho-duodenostomie.

Postoperative Beschwerden

Ein Jahr nach der Operation treten kolikartige Schmerzen ohne Fieber und ohne Schüttelfrost auf.

Nachuntersuchung: (August 1966) Symptome: kolikartige Schmerzen. Schüttelfrost, Fieber und Subikterus. Laboruntersuchung: geringfügig verändert. Rö.: (Abb.: K_1, K_2) enge Anastomose mit Füllung des granialen Choledochus-Abschnittes. Nach 6 Stunden KM-Rest noch in den granialen Choledochus-Abschnitt.

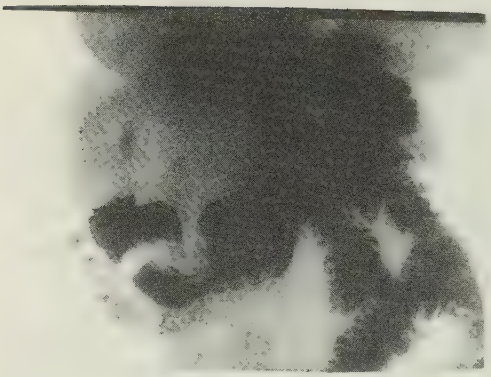


Abb. K_1

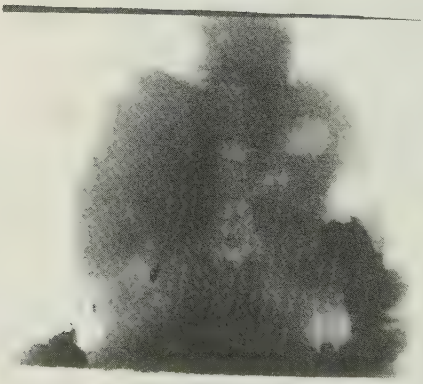


Abb. K_2

Diskussion

Zu den Aufgaben des Chirurgen gehört es auch, nach der Operation für den Patienten Sorge zu tragen und ihn vor weiteren Komplikationen zu bewahren. Soll doch durch die Operation erreicht werden, dass der Erkrankte am Leben wieder in vernünftigem Rahmen und ohne wesentliche Beschwerden teilhaben kann.
Wird ein Patient mit Ikterus-Pankreatitis und Cholangitis operiert und ist er nach der Operation wieder arbeitsfähig, so kann das Ergebnis als gut bezeichnet werden, auch wenn bei ausgesprochnenen Diätfehlern gewisse Beschwerden auftreten.
In vielen Fällen läßt sich durch die Operation eine dauernde Heilung erreichen. Jedoch sind nicht alle Patienten nach der Operation beschwerdefrei.
Die schwierige Entscheidung, welche Art der Therapie bei der Gallenchirurgie von Fall zu Fall anzuwenden ist, kann in der Regel nur von einem erfahrenen Operateur getroffen werden. Eine grosse Hilfe dabei ist die intraoperative Orientierung durch Cholangiographie und Radiomanometrie.
Durch die intraoperative röntgenologische Gallenwegedarstellung verbunden mit einer funktionellen Überprüfung durch eine Druckmessung wurde ein sehr beachtlicher diagnostischer Fortschritt erzielt.

Von manchen Chirurgen wird noch zur Prüfung des Durchganges der Papille die Sondierung des Gallenganges angewandt.

Ist nach Entfernung von Choledochussteinen ein Abfluss der Galle in das Duodenum nicht sicher gewährleistet, so wird oft eine Choledochoduodenostomie angelegt. Über 10 Patienten mit Choledochoduodenostomie, die nicht beschwerdefrei wurden, haben wir im einzelnen berichtet.

Bei der röntgenologischen Überprüfung der Wirksamkeit der angelegten Anastomose durch Kontrastbrei wurde bei 8 Patienten eine zu enge Anastomose festgestellt, in manchen Fällen konnte ein Übertritt von Kontrastbrei in die Gallengänge überhaupt nicht nachgewiesen werden. In allen Fällen füllte sich der retroduodenale Teil des Choledochus mit Kontrastbrei und blieb zum Teil bis zu 8 Stunden gefüllt.

Bei beschwerdefreien Patienten war dagegen eine Entleerung des ausgeschalteten Teiles des Choledochus in 30 Minuten festzustellen. Als Bedingung für eine solche kurze Entleerungszeit ist jedoch eine genügend grosse Anastomose anzusehen.

Dieses Ergebnis findet sich auch bei ANACKER, KÜLLMER und RATHKE bestätigt.

Den von MOLLOWITZ u.a. gegen die Choledochoduodenostomie vorgebrachten Einwand, dass es durch die Ausschaltung des retroduodenalen Choledochus zu einer Blindsackbildung kommen kann und dadurch die Möglichkeit einer Ansammlung von Speiseresten und Schlamm gegeben ist, können wir nicht teilen. Denn die Choledocho-duodenostomie wird bekanntlich bei einer Papillenstenose angelegt, so dass sich der ausgeschaltete Teil des Choledochus über die Anastomose und die Papille entleeren kann. Die Voraussetzungen für eine Blindsackbildung, die nur bei einem Papillenverschluss angenommen werden muss, ist demnach nicht gegeben.
Zu einer eindeutigen Blindsackbildung kommt es nach unserer Auffassung nur dann, wenn die Choledochoduodenostomie bei Papillenverschluss angelegt wird. Dem Chirurgen bieten sich jedoch bei Papillenverschluss noch andere Möglichkeiten zum Eingreifen z.B. die Papillotomie.

Wir teilen auf Grund unserer Untersuchungen die Auffassung von HILPOLSTEINER, DANICIO, FIRICA, MANCUSO, FRANKE u.a., dass nicht der Reflux von Speisebrei in die Gallengänge, sondern eine zu enge Anlegung der Anastomose verbunden mit der nachfolgenden Schrumpfung, die Ursache der Beschwerden ist.

So stellten wir bei unseren Nachuntersuchungen fest, dass der Kontrastbrei in solchen Fällen bis zu 24 Stunden in den intrahepatischen Gallengängen verblieb.

Wie bei allen Operationen, sind wir auch der Auffassung, dass die Persönlichkeit und die Erfahrung des Operateurs von massgeblichen Einfluss nicht nur auf einen guten Operationsverlauf, sondern auch auf das spätere Ergebnis ist.

Neben der zu engen Anastomose sehen wir als weitere Ursache der Beschwerden einen Stein, der durch die Anastomose nicht abgehen kann.

Als Beispiel dafür verweisen wir auf Fall 3.

Verschiedene Autoren nehmen als Ursache der Nachbeschwerden folgende Krankheiten an:

Gastritis, Magen-oder Zwölffingerdarmgeschwür, Nieren-oder Kolonerkrankung, chronische Appendicitis oder Adnexitis, chronische Pankreatitis, Hiatus-Hernie oder Achylie.

Bei unseren Nachuntersuchungen fanden wir diese Annahmen in keinem Fall bestätigt.

Wir halten es nicht für ratsam bei einer Cholangitis nach einer Choledochoduodenostomie die sehr einfache Therapie mit Antibiotica anzuwenden. Es sollte vielmehr gleich festgestellt werden, ob nicht eine Abflussbehinderung vorliegt.

Um die Folgen einer zu langen konservativen Behandlung aufzuzeigen, sei das Beispiel eines Patienten erwähnt, bei welchem sich nach Choledochoduodenostomie eine cholangitische Cirrhose gebildet hatte.

Die indizierte Operation bei einer zu engen Anastomose nach Choledochoduodenostomie ist die Decholedocho-duodenostomie und die Papillotomie.

Zusammenfassung

Aus der Chirurgischen Klinik des Stadtkrankenhauses Fürth wird über Patienten mit Erkrankungen der extrahepatischen Gallenwege berichtet.

Um die Spätergebnisse und die Ursachen der Beschwerden nach Choledocho-duodenostomie durch Nachuntersuchungen beurteilen zu können, wurden an 118 ehemaligen Patienten Fragebogen verschickt. Patienten mit Beschwerden wurden in den meisten Fällen zur Klärung der Ursache stationär aufgenommen, und in allen Fällen wurde die Anastomose röntgenologisch dargestellt.

Es wird durch Nachuntersuchungen versucht, die bei einem kleinen Teil der operierten Patienten verbleibenden noch nicht restlos geklärten Restbeschwerden nach Choledocho-duodenostomie zu erklären. Es findet sich die Auffassung bestätigt, dass in einer zu engen Anastomose - primär durch zu enge Anlegung, sekundär durch Schrumpfung verursacht - die Ursache ungeklärter Restbeschwerden zu suchen ist. Weiter wird, durch ein ausführliches Beispiel belegt, als Beschwerdeursache ein Stein, der durch die Anastomose nicht abgehen kann, angegeben.

Die Therapie mit Antibiotica bei Cholangitis nach Choledocho-duodenostomie wird abgelehnt und mit einem Beispiel begründet.

Literatur

B A C C A G L I N I, G. Erfahrungen in der Anwendung der intraoperativen manometrischen und radiologischen Methoden in der Gallenchirurgie.
Arch. klin.Chir. 282 (1955), 863

B E R N H A R D, F.
Chirurg 34, 444 - 1940-1943,161
Zbl.Chir. 43 (581)
Arch.klin.Chir. 183. 475 - 1935
Arch.klin.Chir. 173,30 (1932)
Chirurg 1934, 444
Arch.klin.Chir. 180. 543 (1934)
Dtsch.Z.Chir. 242, 736, 1934
Chirurg 1935, 329, 438
Chirurg 1937, 201
Chirurg 1940, 341
Langenbecks Arch. klin.Chir. 183 (1936)
Dtsch. Z.chir. 1934 (493) - 1934 (736) - 1943 (573)

B E H R E N D S
Chirurg 26, 327 (1955)

B E R G. Einleitungsvortrag zum Thema "Gallensteinleiden."
Arch.klin.Chir. 126, 329 (1923)

B L O C K, R. Misserfolge und Beschwerden nach Gallensteinoperationen.
Vortr.prakt.chir. 44, Enke, Stuttgart 1956

B L A S C H K E
Chirurg 25, (1954)

B O D E W I G, H.O. Durchleuchtungscholangiographie und Choledochoskopie, ein Beitrag zur per-und postoperativen Gallengangsdiagnostik.
Beitrag klin.Chir. 196 (1958), I

B O W E R S, R.F., J G R E E N F I E L D.
Choledocho-jejunostomy its ability to control chronic recurring pancreatitis.
Ann.Surg. 142 (1955), 682

B R A S C H E, H. Der Wert der präoperativen Cholangiographie bei Papillenstenose.
Zbl.Chir. 83 (1958), 838

C A R O L A, J. Les papillites primitives ictérigènes.
Vigot, Paris 1950

C H A N A L, G.A. C A L A M E : Pathologie chirurgicale du sphincter d'Oddi.
Helv. chir. Acta 24 (1954) 351

D E M E L, R. Ursachen der wiederholten Eingriffe an den Gallenwegen.
Wien med. Wschr. 101 (1951) 801

Eigene Ergebnisse bei der operativen Behandlung der Cholelithiasis.
Arch.klin.Chir. 271 (1952) 302

D E T O N I, G. Über die Gallenblasenerkrankungen im Kindesalter. CIBA Symposium 6 (1959), 50

D O U B I L E T , H., H. M U L H O L L A N D .
An instrument to facilitate transduodenal sphinterotoux.
Surg. obstet. 98 (1954) 634

E B E L I N G, W. Die inneren Anastomosen bei Gallenoperationen.
Zbl. Chir. 84 (1959), 2028

E N D E R L E N, Indikation und Ausführung der Gallensteinoperation.
Arch.klin.Chir. 126,264 (1923)

E N D E R L I N, N. Statistische Erhebungen über das Gallensteinleiden.
Schweiz, med.Wschr. 88, (1958), 855

F I S C H E R. A.W. Steine in den Gallengängen,
Arch.klin.Chir. 282 (1955), 810

F I N S T E R E R
Zbl. Chir., 1942, 1408

F L Ö Z C K E N. H.u.E. S T E D E N.
Langenbecks Arch.klin.Chir. 122 (1922)

F L E M M IN G, F. Zur Pathogenese und Klinik
äusserer Gallenblasenfisteln.
Chirurg 30 (1959) 497

F O R E L L. M.M. Zur Therapie der akuten
Pankreatitis.
Münch.med.Wschr. 101 (1959), 789

F R A N K E, H. Pathognede und Therapie der
Chblangitis.
Enke-Verlag, Stuttgart, 1955

F R A N K E, W. Beitrag zur zufälligen Darstellung
von Gallenwegen nach operativer Fistelbildung.
Münch.med.Wschr. 100 (1958), 1825

F R I T S C H, A. Sphincterotomie und Papillen-
plastik.
Arch.klin.Chir. 290 (1958), 146
Papillenplastik oder Umgehungsoperation.
Klin.Med. 14 (1959) 479

F U C H S I G, P., G. H A R T M A N N.
Zur Kenntnis gutartiger Stenosen der Papilla Wateri.
Wien med. Wschr. 108 (1958), 937

G R I E S S M A N N, H. Erfahrungen mit der konser-
vativen Behandlung akuter Pankreaserkrankungen.
Zbl. Chir. 66 (1939), 348
G R I E S S M A N N, H., F. D A M M A N N.
Über die Indikation und Prognose der Gallenoperation.
Bruns Betr. klin.Chir. 192 (1956), 420

H A B E R E R .H.v.
Langenbecks Arch.klin.Chir. 122 (1922)
Arch.klin.Chir., 122, 796 (1923)
Tsch.Z.Chir., 195, I (1926)

H A F N E R, H.M. Untersuchungen nach Choledocho-duodenostomie.
Helv. chir. Acta, 26 (1959), 334

H A R T L, H. Anastomosenoperationen bei Gallensteinleiden:
Arch.klin.Chir. 275 (1953), 146

H E I D E N B L U T, A. Abnorme Mündung der extrahepatischen Gallengänge mit spontaner Luft-und Bariumfüllung über die papilla Vateri.
Fortschr. Röntgenst. 85 (1956), 353

H E I M . W. Über Gallengangsanastomosen.
Chirurg 31 (1960), 248

H E S S, W. Die primäre stenosierende Papillitis.
Helv.chir. Acta 21 (1954), 433
Die Choledocho-duodenostomie.
Chir. Praxis 1958, 19
Die chronisch rezidivierende Pankreatitis und ihre chirurgischen Indikationen.
Med.Klin. 48 (1953), 1659
Indikationen zu Eingriffen an den Gallenwegen.
Dtsch.med.Wschr., 81 (1956), 2010
Cholangiographische Befunde bei Beschwerden nach Cholecystektomie.
Arch.klin.Chir. 282 (1955), 856
Cholangiographische Analyse der Beschwerden nach Cholecystektomie.
Chir. Praxis 19 (1958)

H O S E M A N N. Anastomose der Gallenwege mit dem Duodenum.
Arch.klin.Chir. 126,313 (1923)

H O T Z. Ergeb isse der Gallenstein-Chirurgie.
Arch.klin.Chir. 126, 284 (1923)

K A I S E R, E. Die papillitis stenosans.
Praxis (Bern) 45 (1956), 449
Postoperative Veränderungen des normalen und pathologischen Choledochus.
Helv. chir.Acta 25 (1958), 5

K A L K, H., E. W I L D H I R T. Cholangitis-Choledochusstenose.
Dtsch,med.Wschr. 81 (1956), 1253

K E H R, H.
Technik der Gallenoperationen
München 1905

Chirurgie der Gallenwege
Stuttgart Ferdenand Enke (1913)

K L E I N F E L D E R, Hl., F. L O N C I N.
Die Cholangitis als Komplikation des Duodenaldevertikels.
Ärztl.Wschr. 11 (1956), 988

K O U R I A S, B. Ein Beitrag zur Kenntnis innerer spontaner Gallenfisteln auf Grund von 101 eigenen Fällen.
Chirurg 31 (1960) 241

L E N Z E N W E G E R, F. Über Gallensteinkrankheiten als Folge nach Magenoperationen.
Wien Klin.Wschr. 70 (1958) 13

L I L L, H. Feststellung relativer Papillenstenosen und bessere Erkennung von Choledochus-Konkrementen durch intraoperative Serien-Cholangiographie.
Wien.Klin.Wschr. 108 (1958), 1012

L Ö W E N E C K.
Verb.dtsch.Ges.Verdaug.u.Stoffwechselkr. 1953 (308)

M A H O R N E R, H., E.R. B R O W N E.
Results following transduodenal choledocho-Angulostomy.
Ann.Surg., 141 (1959), 607

M E I E R, A.L., B. S C H W E I N G R U B E R, K. M E I N A R D U S. Indikationen und Resultate der Choledochoduodenostomie.
Helv.chir.Acta 29 (1959), 516

N I E D N E R, F.F. Operationsindikationen bei Gallenerkrankungen.
M. Kurse ärztl.Fortbild. 1957, Nr.6

N U B D E R, J.F. Die Narbenstnose des Ductus Hepatocholedochus.
Klin.Med. 14 (1959), 474

O L I N G E R, P. Zur Frage der Nachbeschwerden nach Gallensteinoperationen.
Arch.klin.Chir. 288 (1958), 6

P L E N K, A., H. H A R T L. Erfahrungen mit der supraduodenalen Choledochoduodenostomie als Routineoperation bei Choledochusstein und seinen Folgen.
Int.Chir. 9 (1949) 421
Das Postcholecystektomiesyndrom.
Wien Med.Wschr. 105 (1955) 521

P O L L O C K, A.V. Pancreatograph in the diagnosis of chronic relapsing pancreatitis.
Surg.Gynec.Obstet. 107 (1958) 765

P O T E L, K. Granatsplitter im Choledochus als Ursache einer Gelbsucht.
Fortschr. Röntgenstr. 92 (1960), 348

R A T H K E, L. Steinrezidiv und Gallenanastomose.
Stuttgart 1956
Die Nachoperation an den Gallenwegen.
Vortr.prakt.Chir. 33 Heft.Enke-Stuttgart 1949

R E D E L L. C.
Chirurg 1940, 1637

R E I C H L E, R., E. K R A F T. Indikationsstellung und Ergebnisse bei der Choledochoduodenostomie.
Helv.chir.Acta 27 (1960) 375

R I T T E R, U. Zur cintraduodenalen Pankreasfermentbestimmung.
Medizinische 1959, 232

S A S S E, F.
Arch.klin.Chir. 100.969, 1913

Über Choledochoduodenostomie
Arch.klin.Chir. 100, 1913 (967)

S C H Ä F E R, A. Messung der Erscheinungszeit von intravenös appliziertem Bronsulftalein in der Lebergalle als Funktionsprüfung des Choledochus.
Gastroenterologia (Basel) 82 (1954), 1825

S C H L I N G M A N N . Die Choledocho-duodenostomie als Drainage der Gallenwege.
Arch.klin.Chirur. 126,313 (1923)

S C H M I D T , M.M. Über die Grenzen der operativen Kontrastdarstellung und Druckmessung in den Gallenwegen.
Chirurg 24 (1953), 494

S C H M I D T , P.E. Die Choledocho-duodenostomia-externa.
Chirurg 19 (1948), 247

S C H O L Z, O.W. K O T H E. Erfolge und Misserfolge innerer Anastomosen-Operationen bei Pankreascysten.
Chirurg 28 (1957), 401

S C H U L Z E - B E R G M A N N, G. Beitrag zur perforierennden Pankreas-Cyste.
Zbl. Ch. 82 (1957), 1969

S I E G E L , A. Die narbigen Strikturen der extrahepatischen Gallenwege.
Ergeb.chir.Orthop. 38/ 1953-136

S O U P A U L T, R. P. M A L L E T- G U Y.
Les anastomoses biilo-digestives. Resultates éloigùes
38 congres francais de chirurgie, P. 257, 1939

W A L Z E L, P.
Langenbecks Arch.klin.Chir., 126,321 (1923)
Die Wiedergutmachung nach unzweckmässig ausgeführten Gallenoperationen.
Dtsch,Zeitschr.Chir. 195,I (1926)

W E Y E R, A.B. Das Gallenblasenkarzinom und seine Früherkennung.
München med,Wschr. 96 (1854), 370
Über sog.primäre entzundliche Hepatikusstenosen und ihre Entstehungsursachen.
Chirurg 7 (1950) 395

Es ist mir ein Bedürfnis, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. D e n e c k e , für die Unterstützung bei dieser Arbeit zu danken.

Herrn Obermedizinalrat Dr. S c h l o t t e r, dem Leiter der Röntgenabteilung, möchte ich ebenfalls danken für seine Bemühungen.

Lebenslauf

Am 17. Juli 1931 wurde ich, Dimitrios Ballas, als fünftes Kind des Konstantin Ballas und seiner Ehefrau Angelika, geb. Kravari, in Saloniki, Griechenland, geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule in Saloniki, trat ich im Jahre 1940 in das Gymnasium in Saloniki über. 1947 legte ich dort mit Erfolg das Abitur ab.

Mein Medizinstudium begann ich im Wintersemester 1947 an der Universität Saloniki. Nach einer zweijährigen Unterbrechung des Studiums, legte ich im Jahre 1956 die ärztliche Prüfung an der Universität Saloniki mit der Note "gut" ab.

Im Anschluss wurde ich bis 1959 zur Armee einberufen. Von März 1959 bis März 1963 habe ich meine Ausbildung für Chirurgie an der Universität in Saloniki gemacht. Nach bestandener Prüfung,mit der Note "ausgezeichnet", erhielt ich die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie.

Offsetdruck - Fotodruck
Josef Hogl
8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz,) Tel. 22990

Offsetdruck - Fotodruck
- J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Telefon 22990 -